

(наименование и адрес медицинской организации (в соответствии с
учредительными документами), ОГРН)

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ N _____

Дата заполнения направления: число _____ месяц _____ год _____

**Общество с ограниченной ответственностью «Центр терапии»,
Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, территория ТОР Бурятия, здание 1**

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Полис обязательного медицинского страхования: _____

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: число _____ месяц _____ год _____
данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной
застрахованному лицу _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Дата рождения: " _____ " _____ г. Пол: муж - 1, жен - 2

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____
район _____ населенный пункт _____ улица _____

дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____
район _____ населенный пункт _____ улица _____

дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность: городская - 1, сельская - 2

Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2, пенсионер - 3,
обучающийся - 4, не работает - 5, прочие - 6

Код диагноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со
здравьем _____ (указывается полный код диагноза)

Направляется для оказания медицинской помощи: обследование ПЭТ/КТ

форма: экстренная - 1, неотложная - 2, плановая - 3;

(нужное подчеркнуть)

вид: **первичная медико-санитарная помощь, в том числе специализированная - 1,**

специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь - 2,

пallиативная медицинская помощь - 3, скорая специализированная медицинская помощь - 4;

(нужное подчеркнуть)

условия: **амбулаторно - 1**, в дневном стационаре - 2, стационарно - 3.

(нужное подчеркнуть)

Обоснование (показания) направления с указанием числа назначаемых курсов (циклов) лечения

первичное стадирование / подтверждение прогрессирования / контроль эффективности лечения

(нужное подчеркнуть)

(указывается основная причина, послужившая поводом для направления)

Должность, специальность медицинского работника, направившего пациента _____

(подпись)

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

М.П. (при наличии)